様式第２０号

世　帯　調　書

氏　名（フリガナ）	1月1日時点で居住していた市区町村名（現住所と同じ場合は記入不要）	生年月日 医療保険（患者は記入不要）	指定難病医療受給の有無等	小児慢性特定疾病医療受給の有無等
（フリガナ） **患者本人**		大・昭・平・令 年　月　日		・有 ・無 ・申請中
（フリガナ） **保護者** ※患者が１８歳以上の場合は記載不要です。 （マイナンバー記入欄） ー　ー		大・昭・平・令 年　月　日 患者の医療保険と 同 ・ 別	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
（フリガナ） （マイナンバー記入欄） ー　ー		大・昭・平・令 年　月　日 患者の医療保険と 同 ・ 別	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
（フリガナ） （マイナンバー記入欄） ー　ー		大・昭・平・令 年　月　日 患者の医療保険と 同 ・ 別	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中

●保険証のコピーを提出する対象の方全員を記載してください。
※添付書類の一部省略に関する確認書（様式３０号）により保険証のコピー等を省略する方の分も全員記入してください。

●患者（患者が１８歳未満の場合は保護者）の欄は、必ず記入してください。

●１月１日時点で居住していた市区町村名の欄は、申請日に応じ、次のとおり記入してください。
なお、現住所と下記１月１日時点の居住市町村名が同じ場合は記入不要です。
・申請日が１～６月の場合　：前年1月1日時点の居住市区町村名
・申請日が７～１２月の場合：当年1月1日時点の居住市区町村名

保健所記入欄

世帯員区分	住民税の課税状況等（非課税・課税のどちらかに○）	
	非課税	課税
	合計所得金額＿＿＿＿＿＿円 公的年金等収入額＿＿＿＿＿＿円 非課税収入額＿＿＿＿＿＿円	所得割額＿＿＿＿＿＿円 均等割のみ
	非課税	課税
	合計所得金額＿＿＿＿＿＿円 公的年金等収入額＿＿＿＿＿＿円 非課税収入額＿＿＿＿＿＿円	所得割額＿＿＿＿＿＿円 均等割のみ
	非課税	課税
		所得割額＿＿＿＿＿＿円 均等割のみ
	非課税	課税
		所得割額＿＿＿＿＿＿円 均等割のみ
	患者（患者が１８歳未満の場合は，保護者）の収入額（合計所得金額＋公的年金等収入額＋非課税収入額） ＿＿＿＿＿＿円	所得割の合計額 ＿＿＿＿＿＿円 均等割のみ
階層判定	Ａ　Ｂ１　Ｂ２（□ B2同意）	Ｃ１　Ｃ２　Ｄ

A:生保，B1:826千5百円以下，B2:826千5百円超，C1:71千円未満，C2:71千円以上251千円未満，D:251千円以上